QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'ENTOURAGE

L'objectif de ce document est de permettre aux membres de l'équipe pluridiciplinaire d'évaluation d'avoir des informations complémentaires concernant la personne dans les différents domaines de sa vie quotidienne afin de déterminer les droits les mieux adaptés à ses besoins.

Ce document est à remplir par l'**aidant** qui **vit en grande proximité de la personne** (un membre de sa famille, une personne référente dans le cas où la famille n'est pas présente).

Vous répondez à ce questionnaire concernant : ❑ Mme ❑ Melle ❑ M.

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : /__/__/__/__/__/__/__/__/ n°de dossier familial : /__/__/__ /__ /__ /__/__ /

en qualité de :

❑ Membre de la famille. Précisez le lien de parenté : .....

❑ Représentant légal (tuteur, curateur) ❑ Autre. Précisez : .....

Votre nom : .....Prénom : .....

Votre adresse : .....

CP : /__/__/__/__/__/ Ville : .....

Autorisation de la personne concernée par le questionnaire

Je soussigné(e) ❑ Madame, ❑ Mademoiselle, ❑ Monsieur, ...
autorise la personne désignée ci-dessus à transmettre ces informations à la MDPH de la Gironde.

Fait à ..... , le /__/__/__/__/__/__/__/__/ Signature de la personne concerné

Mode d'emploi

Cochez la ou les case(s) qui convient(nent) si la proposition correspond à la personne pour ou avec laquelle vous recueillez les informations. Si les propositions ne correspondent pas à la personne, vous pouvez en ajouter une autre.

1. Situation de la personne

❑ Vit seul
❑ Vit avec une ou des personne(s)
❑ Vit dans sa famille
❑ Vit dans un établissement

2. Communication et vie relationnelle

❑ Repli sur soi-même
❑ Difficultés à avoir envie de .....
❑ Difficultés importantes à faire des choix
❑ Perte de contact avec la famille
❑ Perte de contact avec le monde extérieur
❑ Isolement
❑ Refus de communication
❑ Peur du contact, d'être mal jugé(e)
❑ Refus de reconnaître la maladie
❑ Refus de reconnaître ses difficultés à communiquer en société
❑ Autres : .....

3. Entretien personnel et soins de santé

❑ Peut rester ….jours sans se laver, se changer
❑ Accumulation d'objets « désordonnés (e) »
❑ Refus de prendre les médicaments
❑ Oublie très souvent ses médicaments
❑ Ne va pas seul (e) chez les professionnels de santé
❑ Refus d'examens de santé ou de suivi médical, autre que psychiatrique
❑ Hygiène corporelle « chaotique »
❑ N'entretient pas ses vêtements
❑ .....

4. Travail et emploi

❑ Gestion du temps difficile
❑ Peur d'affronter la réalité du monde du travail
❑ Difficultés à fournir des efforts prolongés ou soutenus
❑ Absence de projet
❑ Difficultés à tenir un poste de travail
❑ Veut travailler mais n'effectue pas les démarches nécessaires
❑ .....

5. Mobilité

- ❑ Déplacements difficiles seul (e)
- ❑ Peur d'utiliser les transports en commun
- ❑ Se trouve perdu(e) devant l'inconnu, désorienté(e)
- ❑ Conduite dangereuse (drogue, alcool…)
- ❑ Difficulté à s'orienter dans le temps
- ❑ .....

6. Nutrition alimentation

- ❑ Repas identiques et répétés : peut se nourrir une semaine avec les mêmes aliments
- ❑ Repas non équilibrés
- ❑ Difficultés pour faire les courses
- ❑ Mange beaucoup trop ou n'importe quoi
- ❑ Ne se nourrit presque plus
- ❑ Ne prépare pas ses repas
- ❑ .....

7. Responsabilités (civiles et financières)

- ❑ Difficultés à gérer son argent lors des crises
- ❑ Sous tutelle
- ❑ Sous curatelle
- ❑ Manque d'organisation
- ❑ Dépenses inconsidérées
- ❑ Démarches administratives difficiles à respecter
- ❑ .....

8. Habitation

- ❑ Peut rester huit jours sans entretenir la maison
- ❑ Autonomie difficile à acquérir
- ❑ Ne peut vivre seul
- ❑ Absence d'ordre très important
- ❑ Pas de participation à l'entretien
- ❑ .....

9. Utilisation des biens et services

- ❑ Besoin d'être sollicité(e)
- ❑ Utilisation très limitée
- ❑ Méconnaissances des lieux ressources disponibles
- ❑ Ne sait pas demander de l'aide si besoin
- ❑ .....

10. Apprentissages et application des connaissances

- ❑ Difficulté d'apprendre autre chose que ce qui lui plaît
- ❑ Mémorisation difficile
- ❑ Difficulté dans l'attention
- ❑ Pas de projet « viable »
- ❑ Difficulté de concentration
- ❑ .....

11. Loisirs

- ❑ Aucun loisir
- ❑ Très seul(e) dans ce domaine
- ❑ Pas d'initiative
- ❑ Doit être sollicité(e) par ses proches
- ❑ Doit être accompagné(e)
- ❑ .....

12. Autres constats (un par ligne)

- ❑ .....
- ❑ .....
- ❑ .....
- ❑ .....
- ❑ .....
- ❑ .....

13. Besoins importants à satisfaire (au regard des constats cochés et écrits ci-dessus) : une ligne par besoin. Il est souhaitable de vous concerter avec la personne.

- .....
- .....
- .....
- .....

Cet outil d'aide aux décisions a été conçu par le collectif UNAFAM et adapté pour une mise à disposition de la MDPH 33.

La MDPH met en œuvre des traitements de données à caractère personnel permettant la gestion de votre dossier. En application de la loi Informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant qui s'exerce par courrier électronique à l'adresse mdph-direction@cg33.fr, ou par courrier postal à l'intention du Correspondant Informatique et Liberté de la MDPH, immeuble le Phénix, 264 Bld Godard, 33300 Bordeaux, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.